Preserving Universal Medicare

A Government of Canada Position Paper

Canada

Preserving Universal Medicare

Published by the authority of
the Honourable Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare
1983

© Minister of Supply and Services Canada 1983
Cat. No. H 21-92/1983
ISBN 0-662-52577-9

Contents

Preserving Universal Medicare 5
- Does Medicare Need Preserving? 6
- Is Universal Medicare a New Idea? 8
- Medicare is Good for Hospitals 10
- Medicare is Good for Doctors 11
- Medicare is Good for Taxpayers 12

Medicare is Threatened by Direct Charges 16
- User Charges to Control Abuse? 16
- User Charges as a Management Technique? 18
- User Charges to Make People Aware of Costs? 19
- Extra-Billing 19
- Consequences of Direct Charges 21
- The Patient's Viewpoint on Direct Charges 23

Medicare is for All Canadians 25
- Medicare Should Protect Canadians Everywhere 26

What Can the Government of Canada Do to Preserve Medicare? 28
- Government of Canada Contributions 28
- Federal Health Legislation 30
- What Do Canadians Want? 31

Summary 33

Preserving Universal Medicare

A child is wheeled into the operating room of a major hospital in Ontario. Her parents have been informed that the anaesthetist will extra-bill[1] about $200. Sixty-two per cent of anaesthetists in Ontario are opted-out and extra-bill.

Somewhere in Canada today, someone will be rushed to a hospital, stricken with a heart attack. If this tragedy has struck in Alberta, the patient will face a $5 admission charge. In Alberta, forty per cent of anaesthesists and fifty-five per cent of surgeons extra-bill. For a single coronary by-pass the family may have to pay up to $800 in doctors' bills.

Only in Quebec and British Columbia can the patient and the family be fully secure from the worry of a large doctor's bill without having to be in some sort of exempt group or having to ask for the doctor's understanding of their financial circumstances.

Suppose a patient requires a lengthy stay in the hospital. For example, twenty days are a typical length of stay following by-pass surgery. In a hospital in B.C., there could be a user charge[2] of $150 for these twenty days. In Newfoundland, the hospital may send out a bill for $75.

After a patient is released from hospital, return visits for outpatient therapy may be needed. In British Columbia, this will cost $4 every visit. British Columbia has a $25 charge for

---

1 **Extra-bill** *means the direct billing of an insured person for an insured health service provided by a medical practitioner in an amount in excess of the amount payable for the service under a provincial health care insurance plan.*

2 **User charge** *means any charge that is authorized under a provincial health care insurance plan for any insured health service and that is payable directly by an insured person.*

patients using an emergency room for a non-emergency service. Elsewhere in Canada, such services are still without additional charge.

Does Medicare Need Preserving?

In some parts of Canada today, these many small and some not-so-small charges can add up to a sizeable sum. Moreover, the situation is likely to worsen. This view of the future is not idle speculation: Alberta has announced plans to introduce — at the discretion of individual hospitals — a hospital charge of up to $20 a day (maximum approximately $300 per family per year) and an outpatient charge of up to $10 per visit, effective October 1, 1983. Other provinces have announced that they are going to investigate the possibility of increasing user charges.

If you happen to have the "right" disease, the "right" age and the "right" income, you may get an exemption. For a child under six in Alberta there will be no hospital charge. But if your child is seven years old there will be a charge. You can also apply for an exemption if your income is low — in Alberta this means $3,500 taxable income for singles, or $6,000 for families. Patients with certain diseases in Alberta will be exempted.

Medicare is threatened. The small direct charges[3] of the past are now growing and spreading. Medicare as we knew it is gradually eroding. Through a cumulation of direct charges on the sick — each one possibly not a big increase in itself — the goal of complete insurance, fully prepaid, is being abandoned. In the not too distant future, we may have to worry not only about whether treatment will restore our health, but also about how we can manage to pay for needed care.

It is apparent that unless a concerted effort is made to commit ourselves once more to the principle of universal health insurance, the gaps

---

3 **Direct-charges** *includes both extra-billing and user charges.*

in insurance coverage will continue to grow. A choice must now be made. Do we as a nation wish to allow an increasing number of our fellow Canadians to fall through the widening cracks in our health insurance program? Or do we wish instead to preserve and improve Medicare?

No services, whether provided by government or by the private sector, are free. Health services are no exception. If we use a bed in a hospital, visit a doctor or receive an innoculation at an immunization clinic, real costs are involved. The issue is not whether the services will be paid for: rather the issue is how and when the costs should be paid.

The Government of Canada believes that a civilized and wealthy nation, such as ours, should not make the sick bear the financial burden of health care. Everyone benefits from the security and peace of mind that comes with having prepaid insurance. The misfortune of illness which at some time touches each one of us is burden enough: the costs of care should be borne by society as a whole.

That is why the Government of Canada wishes to re-affirm in a new Canada Health Act our commitment to the essential principle of universal health insurance. That principle is simple: necessary insured hospital and medical services must be accessible to all residents of Canada regardless of their financial circumstances. It has been a great accomplishment that medical and hospital insurance — implemented in each province with federal encouragement and financial assistance and portable between provinces — has put this principle into practice. After twenty-five years of experience, we Canadians know that universal health insurance is more than an ideal. It is a practical and efficient program — one worth preserving.

The Government of Canada invites concerned Canadians and provincial governments to work together to preserve Medicare. In the following pages, the current challenges are reviewed more fully. Throughout this discussion

there is one common thread: a vision of Canada as a humane and caring society, a society that has undertaken to care for all its people through a comprehensive social security program system. Throughout the economic crisis, which is now passing, we have preserved programs such as the Old Age Security and Guaranteed Income Supplement, Family Allowances, and the Canada Assistance Program. Now the challenge is Medicare.

Is Universal Medicare a New Idea?

Fully prepaid universal health insurance is today regarded by some as a recent invention of the federal government rather than the end result of a long and beneficial evolution in our health system.

Before the Second World War, most health services were paid for in just the same way as we pay for any consumer service. Many Canadians found themselves impoverished due to debts for health care. Still worse, many suffered because they could not afford necessary treatment. They were unwilling to reduce their families to poverty or to accept charity.

After the War, both commercial and non-profit insurance plans began to spread. However, many Canadians could not purchase coverage, especially those belonging to a high-risk group, such as the elderly, or those who already had a health problem. As a result, prior to the development of the public hospital insurance plans in 1957, forty per cent of the population had no coverage, and as late as 1967 when a national program for medical care insurance was introduced, only two-thirds of the population had private medical insurance.

Basic program design of both national hospital insurance and medical care was influenced strongly by prior developments in the province of Saskatchewan. Saskatchewan showed that universal coverage plans providing comprehensive services could be financed at reasonable costs.

But the Government of Canada could not simply set up a national health insurance plan

like Saskatchewan's. Our Constitution provides that "health" is an area primarily under provincial jurisdiction. The Government of Canada may not regulate the delivery of personal health care services. Only provincial governments can determine how many beds will be provided, what kinds of staff will be employed and how the system will serve the public. It is the provinces which approve hospital budgets and negotiate benefit schedules with provincial medical associations.

What the Government of Canada can do is to offer financial contributions to provinces and to attach general conditions to those contributions. It was through such conditional contributions that the Government of Canada, with the support and cooperation of provinces, established the national health insurance programs.

Through the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act of 1957 and the federal Medical Care Act of 1966, the Government of Canada offered to provide provinces, overall, fifty per cent of the yearly costs of basic insured health services. In return, the provinces accepting the federal contributions agreed to insure basic hospital and medical services and to meet conditions such as universality, comprehensiveness, accessibility, portability and public administration.

These arrangements worked well in getting universal health insurance started and for many years thereafter. However, over time, as the programs matured, problems began to emerge. Provincial governments claimed that the programs were too inflexible because cost-sharing was restricted to specific services, making it difficult for them to manage their health systems efficiently. The Government of Canada, for its part, did not like an arrangement where it could not control or predict the amount of money it paid to the provinces.

By 1977 universal, publicly financed health insurance seemed firmly established, and the Government of Canada felt it should remove the constraints of the previous 50/50 cost-matching

formula by providing block funding through tax transfer and cash payments for hospital and medical insurance. At the same time, the Government of Canada, and the provinces, reconfirmed their commitment to the basic principles of medical and hospital insurance. The two federal health Acts which set out the basic conditions provinces must meet to obtain the federal cash contributions for hospital and medical services were retained.

Under the new financing arrangements, the federal government also provided additional contributions for nursing home care, home care, and other types of extended health care services. These contributions had no conditions attached.

Medicare is Good for Hospitals

Few people remember one of the main reasons for the establishment of public hospital insurance: hospitals were often unable to collect payments. The result was financial uncertainty which crippled hospital budgets. Since the inception of hospital insurance in 1958, hospitals have known that they would be paid to care. The result has been good for nurses, assistants, administrators, technicians and all other hospital workers, and these people have become part of our national health insurance system.

However, it has been argued by some that control of health care spending has been too good — that the system is "underfunded" — and that direct charges are necessary to provide more revenue and to "save Medicare". Underfunding involves the question of whether the health care sector is receiving the appropriate *level* of funds. The question of direct charges has to do with the *source* of funds for the sector.

Arguments are made that longer waiting lists for hospitalization are evidence of underfunding. The waiting list problem may be alleviated by removal of certain structural rigidities in the exercise of hospital privileges by physicians, by regionalization of services, more appropriate utilization of health care institutions and by reducing average lengths of stay. It is not uncom-

mon to find in one city a hospital with a waiting list while another in the same city has no waiting list and may even have empty beds.

Canada's hospital bed supply in relation to its population compares favourably with other countries. Despite concern about "tight" hospital budgets, hospital expenditures in Canada have increased by seventeen per cent in the fiscal year 1982-82 over 1980-81. Hospital expenditures have increased four hundred per cent over the period 1970-71 to 1980-81, which is well in excess of the general inflation rate. The increased expenditure contradicts the public's perception of government "cut-backs".

Medicare is Good for Doctors

A number of myths have recently been circulating in the country about the status of doctors under Medicare and how our system works. It has been suggested, for example, that doctors might be put on salary, and that this in turn would affect the doctor-patient relationship. Let us review the facts and compare them, as is often done, to the American and British systems of health care.

In the United States the present situation is similar to what existed in Canada in the pre-Medicare days, more than fifteen years ago. Doctors charge their patients what the market can bear, and Americans have to purchase private, commercial insurance to cover themselves against the very heavy costs of illness. The poor and the old have to rely on government assistance. Granted, in the U.S. doctors and patients are free to choose each other, but this is also true in Canada.

In the United Kingdom, most general practitioners are paid on a capitation basis for a panel of patients while almost all specialists are salaried. Patients are free to select a general practitioner but not a specialist. Patients may elect to pay fees to privately practising physicians but are not reimbursed by the government plan when they do so.

A significant feature of the system in Great Britain is the co-existence of a national health care system and private insurance schemes. Between 1976 and 1981 the number of people covered by private insurance has doubled to about seven per cent of the population. However, it is estimated that this private insurance only covers about sixty per cent of the fees incurred by private patients.

While this system offers more protection than the American system, it is clear that neither system offers the public the same advantages as the Canadian health insurance system.

Canada's system of Medicare has left physicians free to practise medicine on a fee for service basis unless they choose some form of salaried arrangement. They can practise anywhere they choose in any province in which they are licensed. At the same time patients can choose any doctor they wish. Freedom of choice is a cornerstone of our Medicare system. The Government of Canada has no intention of changing any of this.

Doctors are not obliged to participate in Medicare if they want to operate an entirely private practice. They can "opt out" and charge the patient directly, with or without extra-billing being involved. But the fact remains that the vast majority, nearly ninety per cent of Canada's more than 40 000 doctors are part of Medicare and accept provincial plan payments as payment in full.

Medicare is Good for Taxpayers

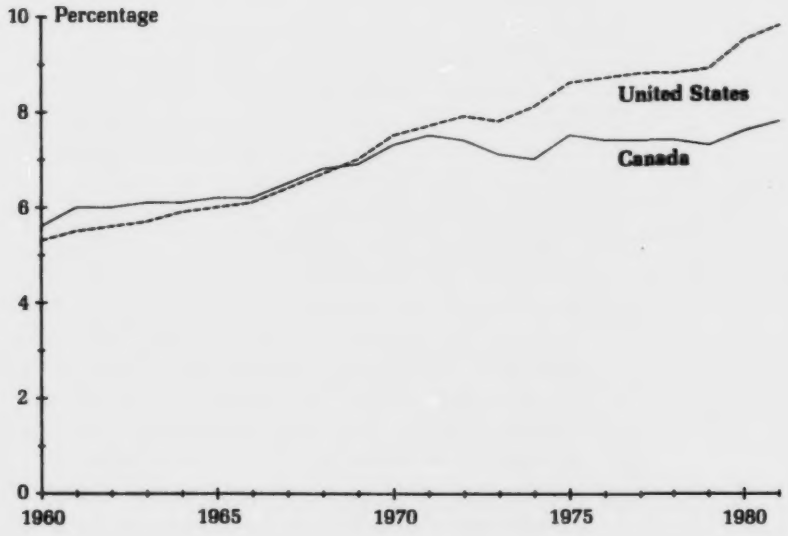
Some proponents of direct charges have claimed that provinces can no longer afford to pay all of the costs of their current programs, and that direct charges could be an added source of financing. We hear talk of "spiralling" health costs and the need to get government spending on health under control.

The assumptions behind these arguments are not well-founded. Canada's health care spending is not "out of control". Indeed provincial governments and those responsible for managing the

system on a day-to-day basis have done a good job of cost management. In fact, as a portion of our national income, health care spending in Canada has been nearly constant over the last decade and our record in this respect is one of the best in the western world. Chart 1 shows Canada's total spending (government plus private) on health since 1960 as a portion of the Gross National Product compared to our neighbours in the United States. As may be seen, ours is the better record and our performance has been particularly good since the introduction of universal health insurance. It is an especially favourable picture considering the quantity and quality of services Canadians enjoy.

Chart 1

Health Spending (Public and Private) as a Percentage of the Gross National Product



Source: Department of National Health and Welfare.

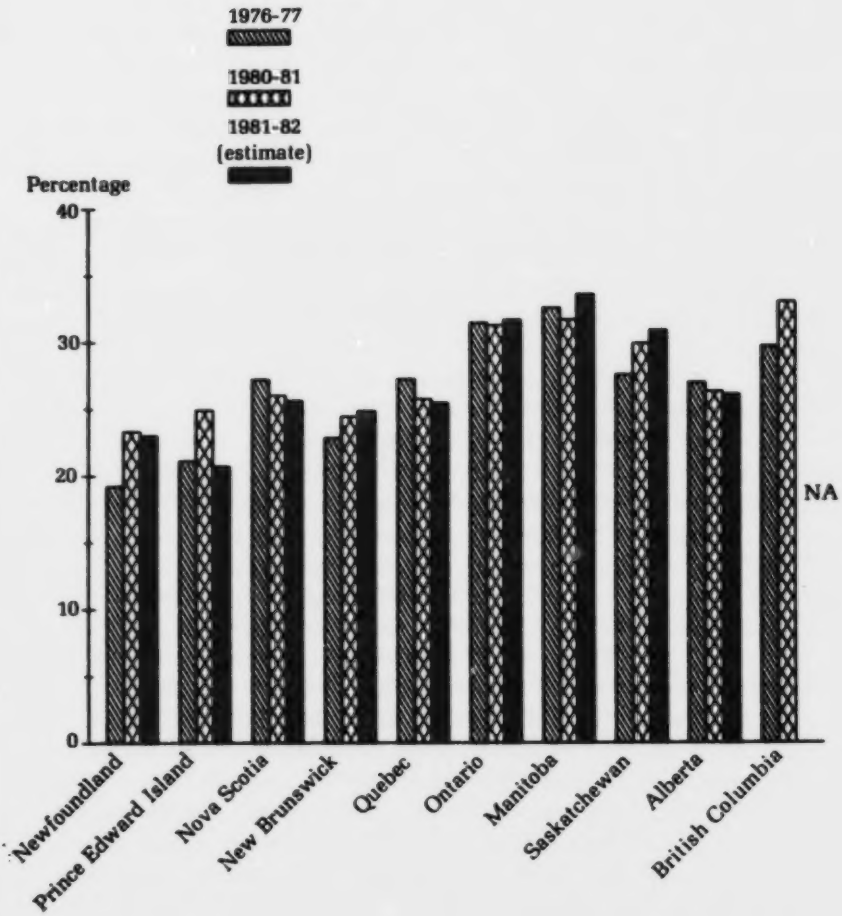
It is not often appreciated that, under the present health care delivery system, the health insurance programs have probably achieved the lowest possible per capita cost consistent with quality care. This has been accomplished by averaging costs over the entire population of each province and through the insurance plans operating on a non-profit basis. Partial plans, as in the U.S., require less public financing, but they do not cost less overall, since government expenditures plus direct costs to individuals when they need care are both part of the national cost of health services. In 1979, for example, the per capita cost of hospital care, physician services and public and private administration in Canada was $476 compared to $590 in the United States for the same services in the same year.

Despite relatively greater U.S. national expenditures on health, studies made on behalf of the U.S. government have shown that in the late 1970's there were more than twenty-two million people without any health insurance coverage in the United States, and many more millions in the U.S. are covered by insurance plans containing important exclusions or limits on benefits. The situation in the U.S. has now been exacerbated by the current economic recession and the loss of job-related health insurance benefits by unemployed persons.

Chart 2 shows provincial health expenditures as a percentage of provincial government spending for three fiscal years — 1976-77, 1980-81 and 1981-82. As may be seen, in four out of ten provinces provincial expenditures on health have actually become a smaller proportion of total spending. In the other provinces health has taken an increasing percentage of their expenditures, but the increases, as a percentage of provincial government expenditures, have been in almost all cases relatively small. In some cases the increases result from wider coverage under provincial health programs, rather than increased costs of what was previously covered.

Chart 2

Provincial Government Health Spending as a Percentage of Total Provincial Government Spending



Source: Department of National Health and Welfare.

Medicare is Threatened by Direct Charges

As we have seen, Medicare is a remarkable achievement. Through a process of evolution, with minimum dislocation and disruption, a cost-effective universal health insurance plan has been made possible for virtually all residents of this vast country. Yet this achievement now appears endangered. The lessons of the past are being forgotten. The examples of other countries are being ignored.

We hear arguments that direct charges on "users" should be reintroduced to the system, and that the goal of totally prepaid care should be abandoned. It is said that "users" should pay extra when they need treatment in order to prevent "abuse" of the system, to reduce health costs and to provide more money for the health care system.

The Government of Canada shares the concern of other governments and the private sector about efficiency in the health care system, but it is our contention that user charges, however well-intentioned, cannot be supported. First let us be very clear about who the "users" of the system are. They are all of us when we are sick. Direct charges on "users" are just direct charges on the sick, often called "deterrent fees". Careful reasoning will demonstrate that user fees cannot accomplish what their advocates claim. At the same time their total impact is very harmful indeed.

User Charges to Control Abuse?

The most common rationale given for direct charges is to reduce abuse of health services, thereby reducing the costs of the system and freeing up scarce health resources for other purposes. But when we carefully consider how

extensive real abuse may be, it is not at all clear that this is a significant problem in the health care system.

"Abuse" means different things to different people. To a busy nurse in an emergency room it may mean a patient coming in during the evening with a four-day-old rash. To a family doctor it may mean a patient visiting with problems that are really social rather than medical. To a hospital administrator it may mean an elderly patient who stays in an acute care bed longer than necessary. These are, it is true, examples of misuse of a particular form of health service. In each case there are better alternatives. But in each case there is a very real underlying problem which does require attention. The patients may be in the wrong place, but they are not "abusing" the system.

Patients have little say over the use of most health services. Admissions to hospitals are controlled by physicians. Self-admission is simply not possible. Physicians' rigorous training ensures that they are well-equipped themselves to identify those who do not require hospital care. Hospital inpatient care makes up over seventy per cent of hospital and medical costs, and it is really physicians, not patients, who make the decisions on use of these services.

Since many visits to doctors are initiated by physicians through referrals or instructions for return visits, only a small percentage of total costs are generated at the discretion of the patient. It is only in this segment of the health system that direct charges could be expected to have any impact on use by patients.

Within the relatively small part of the health system where patients are the ones who decide whether or not to use a service, direct charges will deter necessary as well as less necessary health services. If there are parents who do not take their child to the emergency room for a fever because it costs $10, there will also be parents whose child has a fever due to meningitis and who do not go to the emergency room because they do not have $10 available. The result of

delay in seeking treatment could possibly be permanent mental or physical damage or even death. Without medical training it is difficult for a person to know when an illness really does require immediate attention.

User Charges as a Management Technique?

Most provinces feel, and rightly so, that their annual health budget increases are quite good, even more generous than in other components of their provincial budget. It is a fact. They are, however, conscious of the need for restraint through these difficult economic years. Hospital budgets worry them particularly. In Alberta for example, hospitals are the responsibility of independent boards of directors. Hospitals have no power of taxation and receive their budgets from the provincial health ministry. Until this year, deficits were picked up by the provincial government. The Alberta government seems reluctant to interfere in the autonomy of these boards of directors by directly imposing tough budgetary and management controls. The province decided instead to address the need of restraint and discipline in an indirect way by the creation of user charges, to be imposed at the discretion of the hospital board. In other words, the province believes that requiring hospitals to cover deficits by charging patients directly will force the hospitals to live within their budgets and will make their spending more responsible. But hospital spending decisions require consideration of a much wider range of factors than the local community's ability to pay user charges.

It may well be that in Alberta, and in some other provinces, there is a need to review the legal accountability and the whole relationship of the hospital boards to provincial health departments. There are more equitable and practical ways to achieve deficit control than once again having individuals penalized by user charges.

User Charges to make people aware of costs?

The Government of Canada shares the view that it is useful to make people aware of the cost of care. But if simply informing the consumer is the only reason for direct charges, there are better ways to provide this information. For example, some provinces have used the approach of sending patients a statement informing them of the cost of their care. Indeed, that approach may be more effective than a user charge: charging a patient, for example, $100 for a treatment costing $5000 does not make the patient aware of the cost of care. Instead, it misinforms the patient about the cost of care.

Extra-Billing

Extra-billing by physicians is another type of direct charge to patients which the Government of Canada believes is a threat to accessibility. The extent of extra-billing has grown to the point where it now amounts to almost $70 million annually. The problem is particularly severe in some communities where the majority of doctors are extra-billing. In some parts of Canada almost all the doctors in certain specialities are extra-billing. This trend seems to be more predominant in the larger cities where the doctor-patient relationship may be less personal.

Several reasons have been given to explain these trends. Some doctors argue that provincial benefit schedules are inadequate. The Government of Canada believes that doctors are entitled to reasonable compensation, and this is reflected in existing federal legislation. However, the fee schedules are a matter for provinces and medical associations to negotiate. Provinces may contend that they tolerate extra-billing because they don't have enough money to compensate doctors adequately. As we argue elsewhere in this paper, this lack of funds has not been demonstrated to date, but if it were the case the provinces should establish what amount is required and raise it through general taxation — not by arbitrary, uncontrolled extra charges to the patient at the time of illness.

Some physicians' organizations have also pointed out that the benefit schedules of provincial plans are inflexible and provide no reward for superior performance. They argue that extra charges on patients can provide this flexibility and provide a "safety valve" if they are dissatisfied with the plan benefits.

If superior care is possible, the Government of Canada would want to see this available equally to all through the health insurance program. A two-tier program, with better care for those who can afford to pay when they are sick, and a lower quality of care for those who cannot afford to pay, is not acceptable to Canadians. If provincial governments and physicians agree that some reward for experience or superior performance, however defined, is important, experience and excellence factors could be built into provincial benefit schedules, when these schedules are negotiated between the provinces and the medical associations.

Provinces will have to decide upon the best way to do away with extra-billing. Quebec has chosen to make it virtually impossible for doctors to extra-bill by providing that patients who consult non-participating physicians cannot be reimbursed by the provincial plan. As a result, extra-billing is almost unknown in that province. Ontario, on the other hand, believes that while opted-out doctors should not be paid directly by the plan, the patient should be paid the full provincial plan benefit. This approach has not eliminated extra-billing but has controlled it more effectively than has been the case in provinces such as Alberta which have allowed doctors to bill both the plan and the patient. Some other provinces have managed to virtually eliminate extra-billing through negotiations with the provincial medical associations.

The federal government is not attempting to impose a single approach to dealing with the problem. It is concerned only with the essential end result — that patients are not faced with extra charges at the time of illness and are not expected

to negotiate fees with doctors on an individual basis. We are convinced that this can be achieved without denying Canadian doctors the opportunity to find both professional satisfaction and reasonable monetary compensation for their work.

Consequences of Direct Charges

Studies have shown that direct charges are indeed an effective deterrent — but only for the poor, the elderly and those with large families. In fact, a study of response to user charges for doctors' services in Saskatchewan in the late 1960's, shows that the poor used less services but that there may have been an increase in use by those with middle and upper incomes. A study of extra-billing by Ontario physicians, by Professors G.L. Stoddart and C.A. Woodward, commissioned by Mr. Justice Hall's 1979 Health Services Review, showed that those with lower incomes are more likely to reduce use or delay treatment due to extra charges. They concluded that "Nearly twice as many poor as non-poor report the cost of doctors' services creates a financial problem for them". In both that survey and studies of physicians' extra-billing in Alberta, it has been shown that 'exemptions' from extra-billing for the poor do not always prevent extra-billing of people on social assistance or limited incomes.

Consider as well the overall effect of such charges on universal health insurance: if direct charges become extensive, well-organized groups will demand supplementary private coverage to protect themselves. While many of the provinces now prohibit supplementary insurance for publicly insured services, this ban will be extremely difficult to maintain if direct charges keep increasing. With such insurance available, any potential deterrent effect would be completely lost on those covered — and the final result will be to leave only the unorganized, the poor and the elderly to face a bill every time they are sick. In fact we are already witnessing the appearance of private coverage in the form of plans which provide cash benefits — a situation which could

lead to better access for those who can afford such extra insurance.

Extra-billing creates problems for people who find that it is not always possible or realistic to "shop around" for a doctor who does not extra-bill. Research conducted by Professors G.L. Stoddart and C.A. Woodward in 1980, on behalf of Mr. Justice Hall, found that, in the surveyed communities, "more than one-fourth of the poor indicate that it is hard to find a doctor they can afford to see in their home community." Concentrations of extra-billing by physicians in specific specialties or in geographic areas has made this a real obstacle to health care.

Extra charges raised by physicians may, on the other hand, be a significant source of income for some doctors. It is estimated in Alberta that average income from billing above the amount authorized by the provincial plan was about $1,200 per month in 1982, for each doctor who made at least some direct charges to patients. Of course there are wide variations in the proportions of total income derived from extra-billing: some doctors may have collected much less and some considerably more. However, for extra charges by physicians to make a significant difference to public costs, all or most doctors would have to be applying them, and these charges would have to be a significant portion of doctors' incomes so that provincial fee schedules could be sharply reduced. Available information shows that physicians who are among those receiving the highest public payments are often those also involved in extra-billing.

In addition to their negative consequences for the sick and the health care system, direct charges are a very small source of revenue. For example, it is estimated by the Government of Alberta that their proposed new charges will raise $17 million to $32 million a year. While this sounds like, and is, a great deal of money, it is only about one per cent of the cost of operating Alberta's overall health system. User charges would have to be a significant percentage of the actual daily cost of a hospital bed (about $300 in

1982) before they could make a meaningful contribution to the total cost of hospital care. The problem is that while such charges are a poor source of revenue for the system, they may pose significant financial barriers for some individuals.

We have already seen that health care spending in Canada is not out of control at all. Indeed, many health economists believe that it is *because* of Medicare that we have been able to keep our spending down. As long as direct charges are minimal, the overall budget for health services must flow through a single source: namely, provincial governments. With significant direct charges, the sources of funds would expand to include patients and supplementary insurers. Without a single agency to allocate resources, spending could well begin to "spiral uncontrollably" in a way they have not done up to now. For example, commercial insurance carriers must collect substantially more from their subscribers in the form of premiums than is required to pay claims and administrative charges due to such factors as sales commissions; the necessity to make profits and/or accumulate reserves, and/or pay dividends. Latest available figures show that the cost of administering the public health insurance plans in Canada represents an overhead of about 2.5 per cent as opposed to approximately 12.5 per cent in the U.S. for the mixture of commercial and non-profit plans which exist in that country.

The Patient's Viewpoint on Direct Charges

From the patient's viewpoint, user charges and extra-billing are the same: they amount to extra charges that the individual must pay for directly, after he or she has already paid for health care through both federal and provincial taxes. For the consumer, the fact that these extra charges are levied by provincial governments through the hospital system or by doctors through office visits is irrelevant. The reality is an additional, often unexpected, charge.

The vast majority of Canadian families could not pay the real cost of health care. As a community, they rely on Medicare. They may not understand how it works; they may be unable to articulate their concerns; they may not know the real costs of health care and how we pay for it: but Canadians do realize that we enjoy one of the best health systems in the world. It is prepaid — "free" when they need it.

It is understandable that some individuals are worried now about how they will pay for health bills. We must reassure them that there is no reason for such anxiety. The new Canada Health Act will identify extra-billing and user charges as specific barriers to reasonable accessibility. However, if some provinces still permit extra-billing, patients should be promptly reimbursed in the amounts provided for by the provincial plans, as is now done in certain provinces, such as Ontario.

Medicare is for All Canadians

Canadians pay taxes so that prepaid health care services will be available to every resident of Canada, and the Government of Canada bases its support to provincial plans on the entire provincial population. In most provinces everyone is automatically entitled to insured health services simply by registration with the provincial plan, although there may be a short waiting period. However, in British Columbia, Alberta, Ontario and the Yukon, premiums are used to finance part of the cost of health insurance. Residents of British Columbia and Ontario (and Alberta beginning later this year) may find themselves uninsured because they have not paid their premiums. This may occur in situations such as unemployment where the employer had previously paid the premiums; departure from parents who had paid family premiums; separation from a family head who was responsible for premiums; relocation to a province where premiums are required; or death of the family head who took care of premiums.

It is difficult to estimate the exact dimensions of this problem. According to the Health Services Review carried out in 1979 by Mr. Justice Emmett Hall, the numbers are unknown but the experience of some physicians, especially those practising in low-income areas, suggests the number may be substantial.

Some of those who are not insured will be unable to pay the bill themselves. The bill will therefore go unpaid unless the provincial plan picks up the charges. This situation may understandably make patients reluctant to seek care and could make physicians and hospitals reluctant to provide services. This is not what we want in Canada! Patients should have the security of knowing that they are *entitled* to needed care.

Questions are also raised from time to time about the appropriateness of using premium financing for health insurance. According to the Canadian Constitution, provinces have the right to levy any direct tax. This includes compulsory premium payments for health insurance. The Government of Canada cannot interfere with the form of taxes provinces use to raise their revenues. This is solely a provincial decision.

The Government of Canada does, however, offer a substantial contribution to each of the provinces to help pay for health insurance. Since the amount of the federal contribution is fixed according to the total population of the province, the Government of Canada believes that provinces accepting the contributions should be willing to undertake that all of their residents are equally insured. This means that residents should not be denied coverage because they have not been able to pay all their premiums or other taxes due to unemployment or some other problem. The new Canada Health Act will require, as a condition for receiving a full Government of Canada contribution for health, that *all* residents in the province be entitled to insured health services.

Medicare Should Protect Canadians Everywhere

The Canadian system of health care should also allow all Canadian residents to retain their entitlement to insured health services as they move from province to province and even when they are temporarily out of the country.

In practice this means that a resident of Canada should be able to receive insured health services in another province with the clear understanding that governments, not the patient, will settle the bills. When travelling outside Canada, it is reasonable for Canadians to expect their provincial plan to reimburse them for emergency medical treatment at least up to the value for comparable services in their home province. Of course it is also reasonable for a provincial plan to require

prior approval for elective care outside the province.

There has been an agreement between the provinces and the Government of Canada on portability of hospital and medical care insurance since 1972. Improved arrangements for settling inpatient and outpatient services claims have been completed in 1981 and 1983. Discussions concerning portability of physicians' services are in progress.

The growth in direct charges for hospital and medical services in some provinces adds further to the difficulty of making Medicare fully portable. It is hard for anyone to know how much care is actually covered by Medicare, and how much one must expect to pay out of pocket. This now depends increasingly on where one is in Canada. Will a resident of Manitoba hospitalized in Alberta have to pay $20 a day? Will this be reimbursed by the Manitoba plan?

Portability is a fundamental principle that has been a central federal concern in Medicare. Canadians should be treated as first-class citizens wherever they go in this country. The Government of Canada would not accept a situation which could lead to the need for residents of one province to purchase "extra" insurance when visiting another province.

What Can the Government of Canada Do to Preserve Medicare?

The federal government can preserve Medicare by providing substantial financial contributions to provinces, and by attaching general conditions to these contributions in order to ensure that all residents of Canada have reasonable access to a specified range of insured health services, and that they benefit from their health insurance coverage when they are temporarily outside their home province or when they move from one province to another.

Government of Canada Contributions

In 1977 federal financing went from two cost-sharing formulae, whereby the federal government covered, overall, fifty per cent of hospital and medical costs across Canada to block funding where the amount of the funding increases automatically at the rate of increase of the Gross National Product and the population rather than according to provincial spending.

In the negotiations various additions were made to the block funding. These included a substantial Extended Health Care grant and an addition to the block funding to compensate for the termination of the Revenue Guarantee Program.

The Revenue Guarantee Program was introduced in 1972 to help the provinces over the transitional period required for them to adapt to the tax reform measures announced in 1971. It expired in 1977, but the federal government agreed to provide further compensation, at provincial request. The compensation was not related to health care and post-secondary education costs, and the provinces themselves have argued that it should

not be counted when computing federal financing for those programs. This interpretation was also accepted by Mr. Justice Emmett Hall in his 1980 report. Under an amendment to the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, the compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program was ended on April 1, 1982.

There has been no reduction in federal support for health care and there has been no change in the federal government's position on the principles of Medicare. In fact, the opposite situation is true. Cash payments and tax points for health programs, on a per capita basis, continue to be increased in accordance with the three-year moving average in the growth of the Gross National Product. See Chart 3.

Chart 3

Federal Government Contribution (excluding Revenue Guarantee) to Provinces in Respect of Health Care

Year	Contribution	Increase over previous year
	$ million	$ million
1977-78	4,673	
1978-79	5,345	672
1979-80	6,094	749
1980-81	6,814	720
1981-82	7,631	817
1982-83	8,512	881
1983-84	9,354	842

Source: Department of Finance, Canada.

In 1983, as part of the "6 and 5" program of expenditure restraint, per capita increases in the post-secondary component of the block funding were limited to six per cent in 1983-84 and will be limited to five per cent in 1984-85. *The health part*

of the block fund is specifically not subjected to the restraint program. This is one of the very few exceptions to "6 and 5" and was made because of the Government of Canada's commitment to maintain the principles of national health insurance.

As we have seen, health care spending is not driving the provinces to bankruptcy. The current malaise in the health care system is due neither to the overall level of funding nor the size of federal contributions.

Federal Health Legislation

Right now the Government of Canada contributes $9.3 billion to the provinces and territories for health care for Canadians. The conditions which the provincial or territorial governments are required to meet to be eligible for the cash portion of the contributions are: universal coverage of population, reasonable access to services unimpeded by charges or other factors, coverage of a comprehensive range of basic health services, portability and public administration of their health insurance plan on a non-profit basis.

The two Acts defining these conditions are now twenty-five and seventeen years old respectively. At the time they were written there was a good understanding of what the conditions meant and that we were evolving toward a universal health insurance system. The conditions were not defined precisely enough to close all the "loopholes". For example, "reasonable accessibility" was defined only in general terms, and the wording is not specific enough to make any particular level of extra-billing or user charges clearly a contravention of the conditions of the current Medical Care Act.

A further problem with the existing Acts lies in the financial penalties which will apply if the conditions set out by Parliament for the transfer of funds are not observed by the provincial governments. Under the existing Acts, the Government of Canada must withhold all of the monthly cash advance for the particular program to a province for each month in which the conditions are not being met.

The total health contributions to provinces by the Government of Canada are very large. Any province consistently refusing to meet conditions and therefore losing its federal cash contributions would likely be severely strained to replace the federal cash. As a result, the effect of withholding the total contribution may be to disrupt health services in the province. This would be the last thing the Government of Canada would intend to have happen to Canadians. The treatment of the problem might then create a situation worse than the problem itself.

A less drastic action, still commensurate with the seriousness of not meeting conditions, would be to withdraw only part of the money. This type of partial penalty is not allowed in the current health insurance acts, although prior to 1977 the dollar value of hospital user charges was deducted from the provincial expenditures before the federal contribution was calculated.

The first reaction to this kind of action is that this can only hurt health care even more! What is the good of taking money away from a province which says it must have direct charges to pay for health services? As we have seen earlier, however, direct charges constitute only a small percentage of the spending on insured health services. Deduction of similar amounts from payments to a province would not result in crippling reductions. Nevertheless, such reductions in payments would be a significant disincentive to the provinces to permitting or imposing direct charges.

What do Canadians Want?

The people of Canada want a system with access genuinely unhindered by financial barriers. While the Government of Canada is precluded by the Constitution from implementing direct regulations to this effect, it is the federal government's mandate to refuse to pass on taxpayers' money to support those aspects of provincial legislation which do not provide reasonable access. If provincial governments wish to allow extra-billing

or to introduce or increase user charges, the federal government cannot directly stop them from doing so. Provincial authorities are ultimately answerable to their own voters in this respect. Only the provinces have the mandate to legislate the control or elimination of extra-billing and user charges. But the Government of Canada is also answerable for how it spends its tax dollars, and it believes that those dollars must not be used to support direct charges on the sick. The Government of Canada is not seeking more control over the delivery of personal health services. It is simply seeking to preserve the basic principles of Medicare.

Summary

Medicare is being eroded by the spread of direct charges in the form of user charges and extra-billing. Existing legislation is not adequate to deal with the problem because it does not clearly tell the provinces, health care providers and the public that direct charges for health services will not be supported. It is time for a new Canada Health Act.

The new Canada Health Act, which will be introduced to Parliament in fall of 1983, will be the next step in a quarter century of effort to guarantee that every resident of Canada has access to insured health services on a fully prepaid basis. To many Canadians, the new Act's provisions will not be a big change from the present legislation, but rather a consolidation and improvement of what is already in place: in many provinces the full benefits of Medicare are still in effect. But the erosion of Medicare is sufficiently widespread to constitute a national problem, and that is why the Government of Canada must take action to prevent further growth in direct charges.

We cannot preserve Medicare by charging the sick; we cannot preserve Medicare by encouraging doctors to practise outside of it; we cannot preserve Medicare by judging who is poor and who is not. We can only preserve Medicare by ensuring its basic principles.

Pour une assurance-santé universelle

La politique du Gouvernement du Canada

Canada

Pour une assurance-santé universelle

Publication autorisée par
l'honorable Monique Bégin
Ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social
1983

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1983
N° de cat. H 21-92/1983
ISBN 0-662-52577-9

Table des matières

Pour une assurance-santé universelle 5
- L'assurance-santé a-t-elle besoin d'être sauvegardée? 6
- L'assurance-santé universelle: une idée nouvelle? 8
- L'assurance-santé est une bonne affaire pour les hôpitaux 11
- L'assurance-santé est une bonne affaire pour les médecins 12
- L'assurance-santé est une bonne affaire pour les contribuables 13

L'assurance-santé menacée par les frais directs 18
- Frais modérateurs: échec aux abus? 19
- Frais modérateurs: technique de gestion? 20
- Frais modérateurs: moyen de sensibiliser la population aux coûts? 21
- La surfacturation 21
- Conséquences des frais directs 23
- Point de vue du patient à l'égard des frais directs 26

L'assurance-santé pour tous les Canadiens 28
- L'assurance-santé devrait protéger les Canadiens partout 30

Que peut faire le Gouvernement du Canada pour sauvegarder l'assurance-santé? 32
- Contributions du Gouvernement du Canada 32
- Législation fédérale sur la santé 34
- Que veulent les Canadiens? 36

Sommaire 37

Pour une assurance-santé universelle

Un enfant est amené en civière au bloc opératoire d'un grand hôpital en Ontario. Ses parents ont été informés que l'anesthésiste pourra les surfacturer[1] jusqu'à 200 $. En Ontario, 62 p. cent des anesthésistes sont désaffiliés et pratiquent la surfacturation.

Quelque part au Canada en ce moment même, une personne est transportée d'urgence à l'hôpital, souffrant d'une crise cardiaque. Si la scène se passe en Alberta le patient devra acquitter des frais d'admission de 5 $. En Alberta, environ 40 p. cent des anesthésistes et 55 p. cent des chirurgiens pratiquent la surfacturation. Pour un seul pontage coronarien sans complication, la famille peut être appelée à verser jusqu'à 800 $ en honoraires professionnels.

Il n'y a qu'au Québec, en Colombie-Britannique et dans les Territoires où le malade et sa famille n'ont aucunement à se préoccuper des factures de médecin sans avoir à appartenir à quelque groupe exempté ou à devoir plaider auprès du médecin qu'ils sont incapables de payer.

Supposons que le malade doive faire un séjour prolongé à l'hôpital. Par exemple, l'hospitalisation est de 20 jours d'habitude à la suite d'un pontage. En Colombie-Britannique, l'hôpital imposerait des frais modérateurs[2] de 150 $ pour ces 20 jours. À Terre-Neuve, la facture pourrait s'élever à 75 dollars.

---

1 *On entend par* **surfacturation,** *la facturation directe d'un assuré pour un service couvert par l'assurance-santé, prodigué par un médecin, pour un montant supérieur à celui qui est prévu dans le régime provincial d'assurance-santé pour ce service.*

2 *On entend par* **frais modérateurs,** *tous frais autorisés en vertu d'un régime provincial d'assurance-santé pour tout service de santé assuré que le patient doit acquitter directement.*

Une fois que le malade a reçu son congé de l'hôpital, il se peut, bien sûr, qu'il doive recevoir des traitements en consultation externe. En Colombie-Britannique, chaque visite lui coûtera 4 $. En Colombie-Britannique, il y a des frais de 25 $ si l'on se rend à un service d'urgence pour y recevoir un service qui n'est pas urgent. Partout ailleurs au Canada, on n'impose pas encore de frais modérateurs pour ce genre de service.

L'assurance-santé a-t-elle besoin d'être sauvegardée?

Dans quelques parties du Canada aujourd'hui même, ces nombreux frais, qui ne sont pas toujours négligeables, peuvent finir par coûter cher. En outre, il est tout probable que cette situation s'aggrave. Ce scénario est loin d'être de la spéculation pure. L'Alberta a annoncé son intention d'introduire, à la discrétion de chaque hôpital, des frais d'hospitalisation s'élevant jusqu'à 20 $ par jour (jusqu'à concurrence d'environ 300 $ par famille, par année) et des frais de visite en consultation externe s'élevant à 10 $, à partir du 1er octobre 1983. Les autres provinces ont indiqué qu'elles étudieraient la possibilité de percevoir plus de frais modérateurs des usagers.

Bien sûr, si vous souffrez de telle maladie, vous êtes de tel âge ou si vous recevez tel revenu, vous aurez peut-être la chance d'être dispensé. Ainsi, en Alberta, on ne réclamera pas de frais supplémentaires dans le cas d'un enfant de moins de 6 ans. À 7 ans, il en va autrement. Vous pouvez aussi vous prévaloir d'une exemption si vous gagnez peu: 3500 $ de revenus imposables pour un célibataire, 6000 $ pour une famille. Les malades atteints de certaines affections seront exemptés.

L'assurance-santé est en péril. Les frais directs, de négligeables qu'ils étaient, le sont de moins en moins et l'assurance-santé que nous connaissions se dégrade peu à peu. Par une accumulation de frais directs imposés aux mala-

des,[3] même si pris séparément ces déboursés sont peu importants, l'idée d'une assurance totale, complètement payée d'avance, perd du terrain. Le jour n'est peut-être pas très loin où nous aussi, nous pourrons nous inquiéter non seulement de notre guérison, mais aussi de notre capacité de payer les soins dont nous aurons besoin.

Il est évident que les brèches dans les régimes de protection vont continuer à s'élargir si nous ne faisons pas un nouvel effort concerté pour sauvegarder le principe de l'assurance-santé universelle. C'est maintenant qu'il faut choisir. Sommes-nous capables, en tant que peuple, de laisser un nombre grandissant de nos compatriotes devenir victimes des failles de notre programme d'assurance-santé? Ou, au contraire, voulons-nous conserver l'assurance-santé et l'améliorer?

Tout service se paye, qu'il soit dispensé par l'État ou par le secteur privé. Les services de santé ne font pas exception à cette règle. Un lit d'hôpital, la consultation d'un médecin, un vaccin, tout cela entraîne des frais réels. Il ne s'agit pas de déterminer si le service sera payé ou non, mais comment et quand il le sera.

Le Gouvernement du Canada croit qu'un pays civilisé et riche comme le nôtre ne doit pas laisser les malades porter le fardeau financier des soins de santé. En bénéficiant d'une assurance payée à l'avance, nous pouvons tous profiter de la sécurité et de la sérénité. La maladie qui nous atteint tous un jour ou l'autre est déjà suffisamment pénible à supporter: le coût des soins doit être pris en charge par la société tout entière.

Voilà pourquoi le Gouvernement du Canada désire réaffirmer, dans la nouvelle Loi sur la santé au Canada, son engagement au principe essentiel de l'assurance-santé universelle. Le principe est simple: *tous les résidents du Canada doivent avoir accès aux services hospitaliers et aux soins médicaux assurés dont ils ont besoin, indépendamment de leur situation financière.* Le

---

3 *Les* **frais directs** *comprennent la surfacturation et les frais modérateurs.*

fait que nous bénéficions de l'assurance-soins médicaux et de l'assurance-hospitalisation dans chaque province, implantées avec l'encouragement et l'appui financier du gouvernement fédéral et conformes au principe de la transférabilité, est toute une réussite. Après 25 ans de ce régime, les Canadiens savent que l'assurance-santé universelle n'est pas qu'un idéal: c'est un programme pratique et efficace, qui mérite d'être gardé.

Le Gouvernement du Canada invite les Canadiens et les gouvernements des provinces qui s'en soucient, à travailler en étroite collaboration pour préserver l'assurance-santé. Nous examinerons en détail dans les pages qui suivent, les problèmes auxquels nous faisons face actuellement. Tout le débat relève d'une idée directrice: celle d'une société humaine et généreuse, d'une société qui s'est engagée à prendre soin de tous ses citoyens grâce à un programme d'assurance qui offre à tous, la même protection. Malgré la crise économique qui a sévi, nous avons préservé les programmes tels que les prestations de sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti, les allocations familiales et le régime d'assistance publique du Canada. Le défi de l'heure, c'est l'assurance-santé.

L'assurance-santé universelle: une idée nouvelle?

L'assurance-santé universelle payée par anticipation est vue par certains comme une récente invention du gouvernement fédéral plutôt que l'aboutissement de la longue et fructueuse évolution de notre système de santé.

Avant la Seconde Guerre mondiale, la plus grande partie des soins se payait de la même façon que tous les biens de consommation. De nombreux Canadiens se sont appauvris à cause de dettes engagées pour des soins de santé. De plus, beaucoup ont souffert parce qu'ils n'avaient pas les moyens de se payer les soins nécessaires. Ils ne se résignaient pas à réduire leur famille à la pauvreté ou à accepter la charité.

Après la guerre, des régimes commerciaux et à but non lucratif ont commencé à faire leur

apparition. Mais bien des Canadiens ne pouvaient pas s'assurer, entre autres ceux qui étaient considérés comme mauvais risques, notamment les personnes âgées et celles qui avaient déjà un problème de santé. Donc, avant l'inauguration des régimes publics d'assurance-hospitalisation en 1957, 40 p. cent des Canadiens n'étaient pas assurés et en 1967, lorsqu'un programme national d'assurance-soins médicaux devint réalité, seulement les deux tiers de la population étaient protégés par une assurance médicale privée.

La conception du programme de base tant des régimes nationaux d'assurance-hospitalisation que d'assurance-soins médicaux a été fortement influencée par les progrès faits antérieurement en Saskatchewan. Cette province a démontré que des régimes de protection universelle offrant des services étendus pouvaient être financés à des coûts raisonnables.

Par ailleurs, le Gouvernement du Canada ne pouvait établir un programme national d'assurance-santé comme celui de la Saskatchewan. Notre Constitution fait de la santé un domaine relevant principalement de la compétence provinciale. Le Gouvernement du Canada ne peut pas réglementer la prestation des services de soins de santé personnels. Seuls les gouvernements provinciaux peuvent déterminer combien de lits seront disponibles, quelles catégories de personnel seront engagées et comment le système servira la population. Ce sont les provinces qui approuvent les budgets des hôpitaux et négocient les barèmes d'honoraires avec les associations médicales provinciales.

Ce que le Gouvernement du Canada peut faire, c'est offrir des contributions financières aux provinces en y attachant des conditions. C'est grâce à de telles contributions conditionnelles que, fort de l'appui et de la coopération des provinces, le Gouvernement du Canada a créé les programmes nationaux d'assurance-santé.

Aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et sur les services diagnostiques (1957) et de la Loi sur les soins médicaux (1966), le

Gouvernement du Canada a offert aux provinces d'assumer 50 p. cent de l'ensemble des coûts annuels des services assurés. En contre-partie, en acceptant la contribution fédérale, les provinces s'engageaient à assurer les services hospitaliers et médicaux prédéterminés et à respecter certaines conditions portant sur l'universalité, la protection selon des termes et conditions identiques, l'accessibilité, la transférabilité et l'administration publique.

Ces dispositions ont bien assuré le démarrage de l'assurance-santé universelle et son fonctionnement pendant plusieurs années par la suite. Cependant, à mesure que les programmes atteignaient leur maturité au cours des années, des problèmes sont survenus. Les gouvernements provinciaux se sont plaints que les programmes étaient trop rigides puisque le partage des dépenses était restreint à des services spécifiques et qu'il rendait la gestion de leurs systèmes de santé difficile. Le Gouvernement du Canada, pour sa part, n'était pas satisfait d'un système où il ne pouvait ni contrôler ni prévoir les sommes versées aux provinces.

En 1977, l'assurance-santé universelle, financée à même les deniers publics était bien implantée. Le Gouvernement du Canada a cru devoir abolir les contraintes de la formule de frais partagés et instituer un mode de financement global pour l'assurance-hospitalisation et l'assurance-soins médicaux, grâce au transfert de points d'impôts avec péréquation y afférente et paiements au comptant. En même temps, le Gouvernement du Canada et ceux des provinces réaffirmèrent leur engagement à l'égard des principes de base de l'assurance-soins médicaux et de l'assurance-hospitalisation. Les deux lois fédérales en matière de santé ont été maintenues. Elles précisent les conditions essentielles que les provinces doivent respecter pour avoir droit aux contributions en espèces du gouvernement fédéral au titre des soins hospitaliers et médicaux.

Selon les nouveaux accords sur le financement, le gouvernement fédéral offre aussi des contributions additionnelles pour les centres

d'accueil, les soins à domicile et d'autres soins complémentaires de santé. Ces contributions ne sont assujetties à aucune condition.

L'assurance-santé est une bonne affaire pour les hôpitaux

Bien peu de gens se souviennent de l'un des principaux motifs à l'origine de l'établissement de l'assurance-hospitalisation: bien souvent, les hôpitaux étaient incapables de percevoir leurs comptes à recevoir, ce qui entraînait une incertitude financière qui grevait les budgets des établissements de soins. Depuis l'instauration de l'assurance-hospitalisation en 1958, les hôpitaux sont assurés d'être dédommagés pour les soins qu'ils prodiguent. Les retombées ont été bonnes pour le personnel infirmier, les administrateurs, les techniciens et tous les employés des autres secteurs d'activité hospitalière. Tous ces travailleurs ont été intégrés à notre système national d'assurance-santé.

Toutefois, certains se sont dit d'avis que le contrôle des dépenses de santé a été trop efficace, en ce sens que le système s'en trouve «sous-financé», et que les frais directs sont nécessaires pour fournir plus de revenus et «sauver l'assurance-santé». En matière de sous-financement, il faut vérifier si le domaine de la santé reçoit des fonds adéquats. Quant aux frais directs, ils ont trait à la source du financement.

Selon certains, de plus longues listes d'attente dans les hôpitaux sont le fait du sous-financement. Il serait possible d'atténuer ce problème en éliminant certaines contraintes relatives aux privilèges des médecins dans les hôpitaux, en régionalisant les services, en préconisant une meilleure utilisation des établissements de soins et en réduisant la durée moyenne du séjour. Il n'est pas rare que dans une même ville, un hôpital ait une liste d'attente alors qu'un autre n'en a pas ou dispose même de lits inoccupés.

Le rapport lits d'hôpitaux et population au Canada se compare favorablement avec celui des autres pays. Indépendamment des préoccupations

exprimées par certains quant aux budgets «serrés» des hôpitaux, les dépenses du secteur hospitalier au Canada ont augmenté de 17 p. cent au cours de l'année financière 1981-1982 par rapport à l'année précédente. Au cours de la période allant de 1970 à 1981, les dépenses des hôpitaux ont augmenté de 400 p. cent, bien au-delà du taux général d'inflation. Cette hausse des dépenses vient contredire la perception qu'a le public des «restrictions» gouvernementales.

L'assurance-santé est une bonne affaire pour les médecins

Un bon nombre de mythes circulent depuis quelque temps quant à la situation des médecins sous le régime de l'assurance-santé et au fonctionnement du régime. Par exemple, on a avancé que les médecins pourraient devenir des salariés et que cette pratique entraînerait une dégradation de la relation patient-médecin. Passons donc ces faits en revue et comparons-les, comme c'est couramment la pratique, aux systèmes de santé américain et anglais.

Aux États-Unis, la situation qui existe actuellement est semblable à celle que connaissait le Canada avant l'avènement de l'assurance-soins médicaux, il y a plus de 15 ans déjà. Les médecins facturent leurs patients selon la capacité d'absorption du marché, et les Américains doivent acheter de l'assurance commerciale privée pour se protéger contre les coûts très élevés de la maladie. Les pauvres et les personnes âgées doivent dépendre de l'aide du gouvernement. Bien sûr, aux États-Unis, les médecins et les malades peuvent exercer leur choix, mais c'est aussi le cas au Canada.

Au Royaume-Uni, la plupart des omnipraticiens sont rémunérés selon un système de capitation pour un groupe de malades; par contre, les spécialistes sont presque tous salariés. Les malades sont libres de choisir leur omnipraticien mais non leur spécialiste. Les malades peuvent opter pour verser des honoraires à des médecins de l'exercice privé, mais ils ne sont pas remboursés par le régime gouvernemental.

La coexistence d'un appareil de soins national et de régimes privés d'assurance est une caractéristique intéressante du système anglais. Entre 1976 et 1981, le nombre de personnes protégées par l'assurance privée a doublé et atteint maintenant 7 p. cent de la population, en Grande-Bretagne. On estime cependant que l'assurance privée ne couvre que 60 p. cent environ des frais des patients.

Même si cet arrangement offre plus de protection que le système américain, il est clair qu'aucun des deux n'offre au public les mêmes avantages que le régime d'assurance-santé du Canada.

Le régime d'assurance-santé du Canada a laissé les médecins libres d'exercer leur profession et d'être rémunérés à l'acte sauf s'ils choisissent une forme d'entente salariale. Ils peuvent exercer leur profession où ils veulent dans les provinces où ils détiennent un permis. Par contre, les patients sont libres de consulter le médecin de leur choix. La liberté de choix est la pierre angulaire du régime d'assurance-santé du Canada et le Gouvernement du Canada a nullement l'intention d'y changer quoi que ce soit.

Les médecins ne sont pas obligés d'adhérer au régime s'ils lui préfèrent la pratique entièrement privée. Ils peuvent se désaffilier et facturer leurs patients directement avec ou sans surfacturation. Il n'en reste pas moins que la vaste majorité des quelque 40 000 médecins du Canada, soit 90 p. cent, adhèrent au régime d'assurance-santé et acceptent comme paiement complet les sommes qui leur sont versées par les régimes provinciaux.

L'assurance-santé est une bonne affaire pour les contribuables

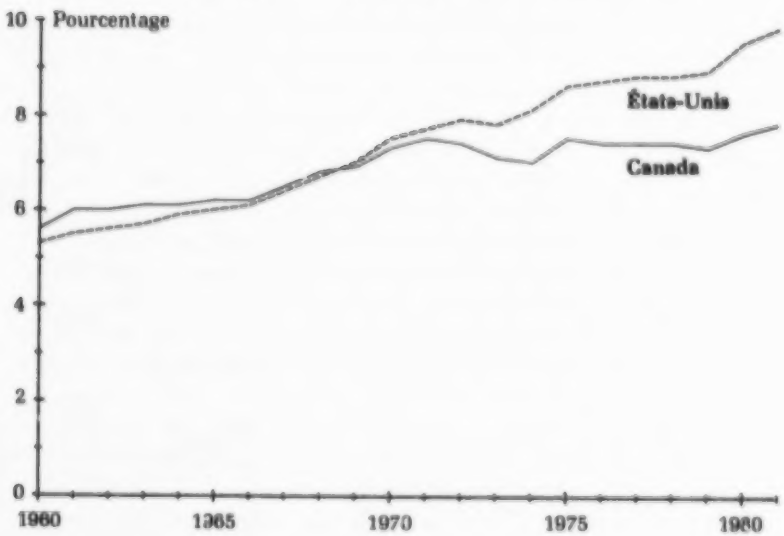
Certains avocats des frais directs ont soutenu que les provinces n'étaient plus en mesure de supporter tous les coûts de leurs programmes courants et que les frais directs supplémentaires

pourraient constituer une source additionnelle de financement. On entend parler de la «spirale» des coûts de la santé et de la nécessité d'exercer un contrôle des dépenses gouvernementales en matière de santé.

Les hypothèses qui sous-tendent ces affirmations ne sont pas fondées. Les dépenses du Canada en matière de santé ne sont pas «débridées». En fait, les gouvernements provinciaux et les administrateurs chargés de gérer le régime au jour le jour ont fait du bon travail. Le fait est que les coûts des soins au Canada, en proportion de la richesse nationale, ont été presque constants au cours de la dernière décennie et la fiche canadienne à cet égard est l'une des meilleures du monde occidental. Le tableau 1 met en parallèle les dépenses totales du Canada (dépenses gouvernementales et privées) en matière de santé

Tableau 1

Dépenses de santé (publiques et privées) en pourcentage du produit national brut



Source: *Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.*

depuis 1960, par rapport au produit national brut, et les dépenses de nos voisins les États-Unis. Il montre que la fiche canadienne est supérieure et que le rendement a été particulièrement bon ici depuis l'introduction du régime universel d'assurance-santé. C'est une image particulièrement favorable étant donné la quantité et la qualité des services dont les Canadiens bénéficient.

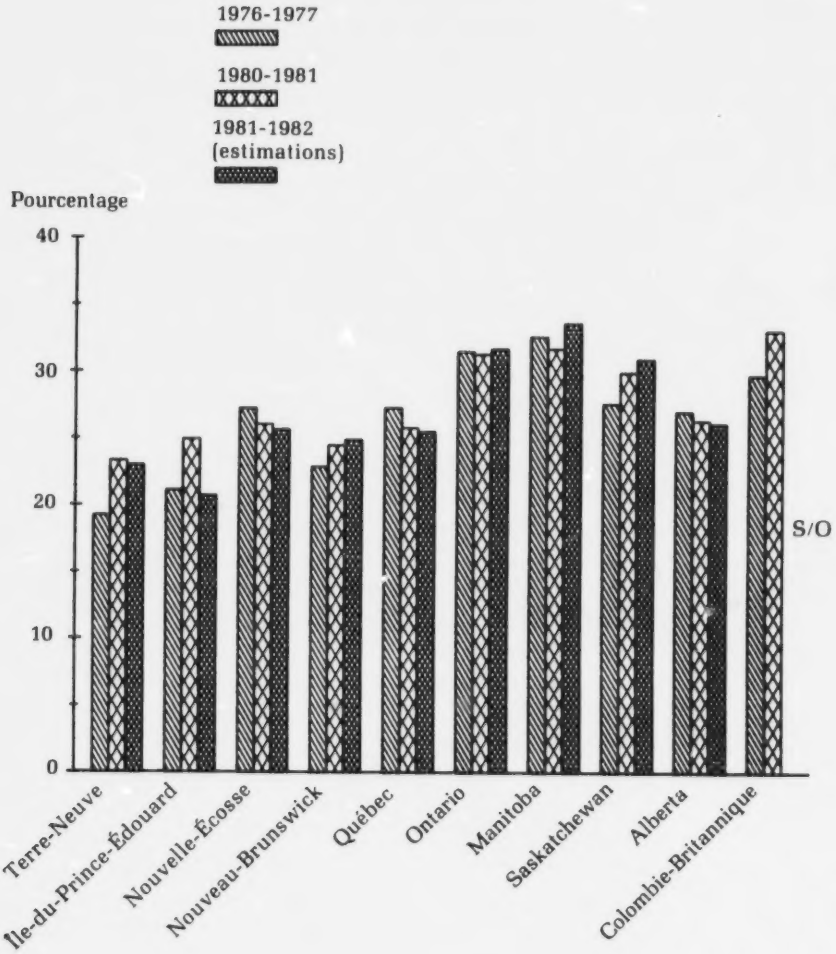
Il n'est pas souvent fait mention qu'en vertu de l'actuel système de prestation de soins, les programmes d'assurance-santé ont atteint le coût le plus bas par habitant tout en assurant la qualité des soins. On y est parvenu en faisant la moyenne des coûts pour l'ensemble de la population de chaque province et grâce au fonctionnement de régimes d'assurance à but non lucratif. Des régimes partiels, comme on en retrouve aux États-Unis, nécessitent un apport moins considérable de deniers publics, mais dans l'ensemble, ils coûtent tout aussi cher puisque les dépenses du gouvernement ajoutées aux coûts directs imposés aux usagers des services s'inscrivent dans le coût national des services de santé. En 1979, le coût par habitant des soins hospitaliers, des honoraires de médecins et de l'administration publique et privée s'élevait à 476 $ au Canada par rapport à 590 $ aux États-Unis pour des services identiques.

Même si les États-Unis dépensent relativement plus dans le domaine de la santé, les études menées pour le compte du gouvernement américain démontrent qu'à la fin des années 70, plus de 22 millions d'Américains n'étaient pas protégés par un régime d'assurance-santé et que plusieurs autres millions d'entre eux étaient protégés par des régimes comportant des exclusions importantes et des limites quant aux avantages. La situation s'est maintenant exacerbée aux États-Unis à cause de la récession économique qui sévit et le chômage qui a entraîné la perte d'assurance-santé liée à des emplois.

Le tableau 2 montre les dépenses provinciales de santé en pourcentage des dépenses des gouvernements provinciaux pour trois exercices, soit 1976-1977, 1980-1981 et 1981-1982. Il est

Tableau 2

Dépenses de santé du gouvernement provincial en pourcentage de ses dépenses totales



Source: *Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.*

facile de constater que, dans quatre des dix provinces, les dépenses de santé ont effectivement diminué et représentent une plus petite proportion des dépenses totales. Pour les autres provinces, les dépenses de santé représentent un plus grand pourcentage des dépenses totales, mais ces augmentations en pourcentage des dépenses provinciales sont relativement faibles dans la majorité des cas. Elles sont parfois le fait d'un élargissement des programmes provinciaux des soins assurés plutôt que d'une augmentation des coûts des services assurés précédemment.

L'assurance-santé menacée par les frais directs

On aura donc constaté que l'assurance-santé est une réussite remarquable. Grâce à un processus évolutif, marqué par un minimum de bouleversements et de perturbations, un régime de soins universel rentable a été mis en place à l'intention de la presque totalité des résidents de notre vaste pays. Aujourd'hui, pourtant, cette réalisation semble menacée. On oublie la leçon du passé. On passe outre aux leçons d'autres pays.

Certaines personnes soutiennent à l'heure actuelle que l'on devrait ré-introduire dans le système, des frais modérateurs à imposer aux usagers et abandonner le principe des soins complètement payés d'avance. Selon ces personnes, les «usagers» devraient débourser des suppléments lorsqu'ils ont besoin de soins afin d'empêcher «l'abus» du système, d'en réduire les coûts et d'en augmenter les revenus.

Le Gouvernement du Canada, tout comme les autres gouvernements et le secteur privé, se soucie de l'efficacité du système de santé, mais il est d'avis que les frais modérateurs, même s'ils traduisent une préoccupation réelle, ne sauraient être sanctionnés. Il faut d'abord préciser qui sont les «usagers» du système. C'est vous ou moi quand nous sommes malades. Les frais modérateurs imposés aux «usagers» ne sont, ni plus ni moins, pour le malade, que des frais directs souvent appelés «de dissuasion». Un examen réfléchi démontre que les frais modérateurs ne peuvent pas produire les résultats escomptés par leurs partisans. Ils peuvent même, en fin de compte, avoir des répercussions très néfastes.

Frais modérateurs: échec aux abus?

Le motif le plus souvent invoqué pour imposer des frais directs est le contrôle des abus, qui permettrait de diminuer le coût du système et d'utiliser à meilleur escient les précieuses ressources sanitaires. Or, quand on examine soigneusement l'étendue réelle des abus, il n'est pas du tout évident qu'il s'agisse là d'un véritable problème du système de santé.

Le mot «abus» ne signifie toutefois pas la même chose pour tout le monde. Pour une infirmière débordée à la salle d'urgence, cela peut vouloir dire un client qui se présente pendant la soirée et se plaint d'une éruption vieille de quatre jours. Pour un médecin de famille, cela peut vouloir dire un patient dont les problèmes relèvent plus du social que du médical. Pour le directeur d'hôpital, il peut s'agir d'un patient âgé qui occupe un lit de soins aigus plus longtemps que nécessaire. Ces cas sont effectivement des exemples d'un mauvais usage d'un service ou d'un autre. Il y aurait mieux à faire. Dans chaque cas, cependant, il existe un problème sous-jacent bien réel qui demande que l'on s'y arrête. Les patients n'ont peut-être pas frappé à la bonne porte, mais ils «n'abusent» pas du système.

Les patients n'ont pas grand-chose à dire quant à la façon dont la plupart des services de santé sont utilisés. L'hospitalisation est contrôlée par les médecins, et l'auto-hospitalisation est tout simplement impensable. La formation rigoureuse des médecins leur permet d'identifier eux-mêmes ceux qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers. Les soins donnés aux patients hospitalisés représentent plus de 70 p. cent des coûts des soins hospitaliers et médicaux et ce sont les médecins en définitive, non les malades, qui décident de l'utilisation de ces services.

Puisque la plupart des visites au cabinet sont amorcées par le médecin, soit en vue de consultation auprès de collègues ou de post-observation, il est évident que seul un petit pourcentage des coûts est attribuable aux visites que le patient décide lui-même de faire. C'est uniquement dans

ce secteur du système de santé que les frais directs pourraient peut-être avoir un impact important sur l'utilisation des services.

Dans le secteur relativement restreint du système de soins où le malade est celui qui décide de se prévaloir ou non d'un service, les frais directs affectent probablement tout autant les soins nécessaires que ceux qui le sont moins. S'il existe des parents qui n'amènent pas leur enfant fiévreux à l'urgence parce que la visite coûte 10 $, il y en a aussi dont l'enfant est fiévreux à cause d'une méningite, qui n'iront pas à l'urgence parce qu'ils n'ont pas les 10 $ en poche. Retarder la prestation des soins nécessaires peut très bien causer des séquelles mentales ou physiques permanentes, et même provoquer la mort. Il est difficile pour une personne sans formation médicale de savoir quand une maladie doit être traitée immédiatement.

Frais modérateurs: technique de gestion?

La plupart des provinces sont d'avis, et à juste titre, que leurs augmentations du budget annuel de santé sont substantielles, voire généreuses par rapport aux autres éléments de leur budget. Tel est bien le cas. Les gouvernements provinciaux sont néanmoins conscients du besoin de restreindre les dépenses au cours de ces années de difficultés économiques. Les budgets des hôpitaux les préoccupent tout particulièrement. En Alberta, par exemple, la responsabilité des hôpitaux incombe à des conseils d'administration indépendants. Les hôpitaux n'ont pas le droit de percevoir des taxes et ils reçoivent leur budget du ministère provincial de la santé. Jusqu'à cette année, les déficits étaient absorbés par le gouvernement provincial. Le gouvernement de l'Alberta semble réticent à s'ingérer dans l'autonomie de ces conseils d'administration en imposant directement des contrôles budgétaires et administratifs stricts. La province a plutôt opté pour la création de frais modérateurs, pouvant être imposés à la discrétion du conseil de l'hôpital, faisant ainsi face au besoin d'exercer des restrictions et des mesures disciplinaires, mais d'une façon indirecte.

Autrement dit, la province est d'avis qu'en exigeant des hôpitaux qu'ils récupèrent leurs déficits en prélevant directement les sommes des usagers, elle les forcera à s'en tenir à leurs limites budgétaires et à rationaliser leurs dépenses. Toutefois, les décisions relatives aux dépenses des hôpitaux exigent l'examen d'une gamme de facteurs qui débordent largement la seule capacité de la population locale à débourser des frais modérateurs.

Il se pourrait fort bien qu'en Alberta, comme dans d'autres provinces, il faille remettre en question toute la responsabilité légale des conseils d'administration des hôpitaux ainsi que leur relation avec les ministères provinciaux de la santé. Il est sûr, toutefois, qu'il existe des moyens plus équitables et pratiques de contrôler les déficits que de pénaliser des patients en leur imposant des frais d'utilisation.

Frais modérateurs: moyen de sensibiliser la population aux coûts?

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il est utile de sensibiliser la population au coût des soins. Mais s'il s'agit seulement d'informer le consommateur, il y a mieux que les frais modérateurs. Par exemple, certaines provinces ont adopté une méthode qui consiste à informer les patients en leur remettant un état de compte représentant le coût des soins qu'ils ont reçus. Cette méthode pourrait bien être plus efficace que les frais modérateurs; en effet, la facture de 100 $ pour un traitement qui en vaut 5000 $ ne sensibilise pas le malade au coût des soins. Au contraire, cela lui en donne une fausse idée.

La surfacturation

La surfacturation par les médecins constitue en fait des frais directs que le Gouvernement du Canada considère comme une menace à l'accessibilité. La surfacturation s'est étendue au point de se chiffrer aux environs de 100 millions de dollars par année. Le problème est particulièrement sérieux dans les collectivités où la plupart

des médecins la pratiquent. Dans certaines parties du Canada, presque tous les médecins d'une même spécialité le font. Cette tendance paraît prédominer dans les grandes villes où les relations des médecins avec leurs patients sont plus impersonnelles.

Diverses raisons ont été données pour expliquer ces tendances. Certains praticiens soutiennent que les barèmes provinciaux sont inadéquats. Le Gouvernement du Canada est d'avis, par ailleurs, que les médecins doivent recevoir une rémunération raisonnable et la loi fédérale actuelle traduit bien ce souci. C'est cependant aux provinces et aux associations médicales qu'il appartient de négocier les barèmes. Les provinces peuvent alléguer qu'elles tolèrent la surfacturation parce qu'elles n'ont pas les fonds suffisants pour rémunérer les médecins adéquatement. Comme il est indiqué ailleurs dans ce document, il n'a pas encore été prouvé qu'il y ait manque de fonds. Si c'était le cas, les provinces n'auraient qu'à établir le montant qui leur est nécessaire et à le percevoir par la voie des impôts et non par l'imposition de surcharges arbitraires et incontrôlées à des personnes frappées par la maladie.

Certaines associations de médecins ont fait valoir que les barèmes des régimes provinciaux étaient rigides et ne valorisaient par conséquent en rien le rendement supérieur. Elles prônent la surfacturation comme moyen de garantir cette souplesse et d'offrir aux médecins une «soupape» s'ils ne sont pas satisfaits du barème du régime.

Si les soins de qualité supérieure existent, le Gouvernement du Canada veut qu'ils soient accessibles à tous grâce au programme d'assurance-santé. Les Canadiens ne peuvent pas accepter un programme partial qui assurerait les meilleurs soins à ceux qui peuvent se les payer quand ils sont malades et des soins de qualité moindre à ceux qui ne peuvent pas payer. Si les gouvernements provinciaux et les médecins conviennent de l'importance d'une forme quelconque de gratification pour l'expérience et le rendement supérieur, définis au préalable, la meilleure solution serait d'incorporer l'expérience et les facteurs

d'excellence dans les barèmes, lors des négociations entre les provinces et les associations médicales.

Les provinces devront décider du meilleur moyen à employer pour se débarrasser de la surfacturation. Le Québec a choisi de la rendre pratiquement impossible en décrétant que les patients qui consultent des médecins non participants ne peuvent être remboursés par le régime provincial. Il en résulte que la surfacturation est à toutes fins pratiques inexistante dans cette province. L'Ontario, par ailleurs, est d'avis que si les médecins désaffiliés ne doivent pas être payés directement par le régime, le patient doit de son côté être entièrement remboursé par le régime. Cette façon d'aborder le problème n'a pas éliminé la surfacturation, mais l'a contrôlée beaucoup plus efficacement que ce n'est le cas dans des provinces comme l'Alberta qui permettent aux médecins de facturer et le régime et le patient. Quelques autres provinces sont parvenues à éliminer virtuellement la surfacturation grâce à des négociations avec les associations médicales provinciales.

Le gouvernement fédéral n'essaie pas d'imposer une façon unique d'aborder le problème. Il ne se préoccupe que du résultat final: que les gens n'aient pas à faire face à des surcharges lorsqu'ils sont malades et qu'ils n'aient pas à discuter individuellement d'honoraires avec les médecins. Le gouvernement fédéral est convaincu que cela est réalisable sans priver les médecins d'occasions de satisfaction professionnelle et d'une rémunération raisonnable.

Conséquences des frais directs

Des études ont démontré que les frais directs constituent bel et bien une mesure de dissuasion efficace — pour les personnes démunies, les personnes âgées et celles qui ont une famille nombreuse. En fait, une étude des réactions aux frais modérateurs pour les services médicaux introduits en Saskatchewan à la fin des années 60, montre que les indigents ont consulté moins

souvent, tandis que les personnes à revenus moyens et élevés auraient consulté plus souvent. Une étude des frais supplémentaires exigés par les médecins de l'Ontario, menée par les professeurs G. L. Stoddart et C. A. Woodward et commandée en 1979 par le juge Hall dans le cadre de son *Examen des services de santé 1979*, a démontré que les gagne-petit sont plus susceptibles de se priver de consulter ou d'attendre pour le faire, lorsqu'il y a des frais supplémentaires à acquitter. Ils ont conclu que par rapport aux personnes mieux nanties, près de deux fois plus de pauvres signalent que le coût des honoraires de médecins leur cause des difficultés financières. Ce sondage et d'autres enquêtes sur la surfacturation des médecins de l'Alberta démontrent que les «exemptions» dans le cas des pauvres ne préviennent pas toujours la surfacturation des prestataires de la sécurité sociale ou des personnes à revenu bas.

Il faut aussi prendre en considération l'effet global de ces surcharges sur l'assurance-santé universelle: si les frais directs s'étendent davantage, les groupes bien organisés vont exiger une couverture supplémentaire d'assurance privée pour se protéger. Bien qu'il soit impossible, à l'heure actuelle, de se procurer de l'assurance supplémentaire pour des services publics déjà assurés, cette interdiction sera extrêmement difficile à maintenir si les frais directs continuent d'augmenter. Si une assurance de ce genre devenait disponible, les effets dissuasifs n'auraient aucune prise sur ceux qui seraient protégés alors que ceux qui n'ont pas la chance d'être aussi bien organisés, les pauvres et les personnes âgées, auraient un compte à payer chaque fois qu'ils sont malades. Le fait est que la protection de l'assurance privée est déjà apparue sous forme de régimes qui offrent des prestations en espèces. Cette situation pourrait se traduire par une meilleure accessibilité pour ceux qui peuvent se permettre une assurance supplémentaire.

La surfacturation cause des problèmes aux usagers qui ne sont pas en mesure de «magasiner», faute de moyens ou de disponibilité, pour trouver un médecin qui n'exige pas de frais

supplémentaires. Les travaux de recherche menés par les professeurs G. L. Stoddart et C. A. Woodward en 1980, à la demande de l'honorable juge Hall, ont révélé que plus du quart des pauvres disent qu'il est difficile de trouver un médecin qu'ils peuvent consulter là où ils habitent. La concentration de la surfacturation par des médecins dans certaines spécialités ou certaines régions fait que cette pratique entrave véritablement l'accès aux soins.

Les frais supplémentaires réclamés par les médecins peuvent, par contre, devenir une source de revenu fort lucrative pour certains d'entre eux. On estime qu'en Alberta, le revenu moyen provenant de la facturation au malade d'un montant supérieur au tarif prévu par le régime, s'élevait à environ 1200 $ par mois en 1982, pour chacun des médecins qui avait perçu des honoraires directement de ses malades. Certes, il y a des variations sensibles dans la proportion des revenus globaux de la surfacturation: certains médecins retirent beaucoup moins, et d'autres beaucoup plus. Pour que la facturation supplémentaire par les médecins produise une réelle différence sur l'ensemble des coûts, tous les médecins, ou encore leur vaste majorité, devraient l'appliquer et elle devrait représenter une proportion très élevée de leur revenu et les barèmes d'honoraires des provinces pourraient être rajustés à la baisse d'une façon radicale. L'information disponible démontre que les médecins qui sont parmi ceux qui reçoivent les revenus les plus élevés du régime public sont peut-être aussi ceux qui pratiquent la surfacturation.

Outre les effets néfastes pour les malades et le système de santé, les frais directs rapportent de très faibles revenus. Par exemple, le gouvernement de l'Alberta estime que les frais qu'il entend introduire représenteront entre 17 et 32 millions de dollars par année. Même si cela semble beaucoup d'argent, ce qui est le cas, ces revenus constitueront à peine 1 p. cent des coûts de fonctionnement de l'ensemble du système de santé de l'Alberta. Les frais modérateurs devront représenter un pourcentage élevé du coût quotidien

réel d'un lit d'hôpital (environ 300 $ en 1982) avant qu'ils puissent réduire de façon significative l'ensemble des dépenses des soins hospitaliers. Si, d'une part, ces frais constituent une source de revenu marginale pour le gouvernement provincial, il se peut qu'ils imposent en même temps un fardeau financier important à certains individus.

Nous avons déjà vu qu'au Canada les dépenses de santé ne sont pas débridées du tout. Qui plus est, bien des économistes de la santé croient que c'est *justement à cause* de l'assurance-santé que nous avons pu freiner nos dépenses. Tant et aussi longtemps que les frais directs seront réduits au minimum, le budget global des services sanitaires doit provenir d'une seule source: les gouvernements provinciaux. L'imposition de frais directs importants pourrait entraîner une diversification des sources de fonds et englober les malades et les assureurs supplémentaires. Sans une agence unique responsable de l'affectation des ressources, les coûts pourraient fort bien commencer à «s'emballer» comme ils ne l'ont jamais fait jusqu'à présent. Par exemple, les compagnies d'assurance commerciale doivent prélever des sommes beaucoup plus substantielles de leurs assurés sous forme de primes nécessaires pour couvrir les réclamations et les frais administratifs qu'entraînent les facteurs tels que les commissions aux vendeurs, le besoin de faire des profits, d'accumuler des réserves, ou de verser des dividendes. Les toutes dernières données indiquent que le coût de l'administration des régimes d'assurance-santé au Canada représentait environ 2,5 p. cent des frais généraux par opposition à ceux des États-Unis qui totalisaient 12,5 p. cent et qui s'appliquaient à un amalgame de régimes commerciaux et de régimes à but non lucratif.

Point de vue du patient à l'égard des frais directs

Aux yeux du patient, les frais d'utilisation et la surfacturation sont du pareil au même: ce sont

des frais supplémentaires qu'il lui faut acquitter alors qu'il a déjà défrayé ses soins de santé par la voie des impôts fédéral et provincial. Pour le consommateur, le fait que ces frais supplémentaires soient perçus par le gouvernement provincial à travers le réseau hospitalier ou par les médecins lors de visites à leurs bureaux, n'a aucune importance. Il s'agit d'une note additionnelle, souvent inattendue, à acquitter.

La grande majorité des familles canadiennes ne pourraient pas faire face au coût réel des soins. Elles s'appuient collectivement sur l'assurance-santé. Il peut arriver qu'elles ne comprennent pas comment ce régime fonctionne, qu'elles soient incapables d'exprimer leurs préoccupations, qu'elles ne connaissent pas le coût réel des soins et comment ils sont financés. Il n'en reste pas moins que les Canadiens savent qu'ils bénéficient de l'un des meilleurs appareils de soins au monde. Et que les soins sont payés d'avance, qu'ils sont «gratuits» quand ils en ont besoin.

La nouvelle Loi sur la santé au Canada va qualifier la surfacturation et les frais modérateurs d'obstacles réels à l'accessibilité raisonnable. Si certaines provinces continuent cependant de permettre la surfacturation, il faudra que les patients soient promptement remboursés des sommes prévues par le régime provincial comme cela se fait présentement dans certaines provinces comme l'Ontario.

L'assurance-santé pour tous les Canadiens

Les Canadiens payent des impôts pour que les services de santé prévus dans le cadre des régimes conventionnels soient mis à la disposition de chaque résident du pays et le Gouvernement du Canada base sa contribution aux régimes provinciaux sur la population entière de chaque province. Dans la plupart des provinces, presque tous les habitants ont automatiquement droit aux services assurés au moment où ils s'inscrivent au régime provincial, même s'il peut y avoir une courte période d'attente. Mais en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et au Yukon, des primes sont prélevées pour défrayer une partie de l'assurance-santé. Les résidents de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, (et de l'Alberta plus tard, cette année) peuvent se retrouver sans protection pour n'avoir pas réglé leurs primes. Cette situation peut se présenter, par exemple, dans le cas d'un employé en chômage dont l'employeur payait les primes, après le départ du foyer parental si les parents payaient des primes familiales, à la séparation, quand le chef de famille acquittait les primes, dans le cas d'un déménagement dans une province où des primes sont exigées ou au décès du chef de famille quand celui-ci acquittait les primes.

Il est difficile d'estimer les dimensions exactes du problème. Selon les conclusions du juge Emmett M. Hall, dans son *Examen des services de santé 1979*, le nombre de ceux qui ne sont pas assurés est inconnu, mais d'après l'expérience des médecins, surtout ceux qui exercent dans les régions défavorisées, il serait substantiel.

Parmi les personnes qui ne sont pas assurées, certaines seront incapables d'acquitter elles-mêmes les frais. Le compte restera par conséquent

impayé à moins que le gouvernement provincial ne s'en charge. C'est une situation qui, on peut le comprendre, ne disposera peut-être pas les malades à demander des soins et qui pourrait avoir comme conséquence que les médecins et les hôpitaux hésiteront à dispenser les services. Ce n'est pas cela que nous voulons au Canada! Ce que nous voulons, c'est que les malades sachent en toute sécurité qu'ils ont *droit* aux soins assurés nécessaires.

De temps à autre, des questions sont également soulevées au sujet de l'opportunité de recourir aux primes pour financer l'assurance-santé. Selon la Constitution canadienne, les provinces ont le droit de prélever des impôts directs. Cela comprend les primes obligatoires pour l'assurance-santé, qui constituent un impôt à taux uniforme par personne ou par famille. Le Gouvernement du Canada ne peut intervenir à l'égard du mode d'imposition auquel les provinces recourent pour prélever leurs revenus. C'est là une décision qui leur appartient exclusivement.

Toutefois, le Gouvernement du Canada verse une contribution substantielle à toutes les provinces et territoires pour les aider à financer l'assurance-santé. Parce que le montant de la contribution fédérale est calculé selon la population totale de la province, le gouvernement croit que celles qui acceptent ses contributions devraient être disposées à faire ce qu'il faut pour que l'ensemble de leurs résidents soient assurés également. Cela signifie que les résidents du Canada ne devraient pas se voir refuser la protection parce qu'ils n'ont pas pu payer toutes leurs primes ou différents impôts du fait qu'ils sont en chômage ou qu'ils ont d'autres difficultés. La nouvelle Loi sur la santé au Canada exigera, comme condition pour recevoir la contribution intégrale du Gouvernement du Canada au titre de la santé, que *tous* les résidents d'une province aient droit aux services de santé assurés.

L'assurance-santé devrait protéger les Canadiens partout

Le système canadien de santé devrait aussi permettre à tous les résidents du Canada de conserver leur droit aux services de santé assurés quand ils vont d'une province à une autre et même quand ils sont temporairement à l'extérieur du pays.

Dans la pratique, cela signifie qu'un résident du Canada devrait pouvoir bénéficier de services de santé assurés dans une province autre que la sienne, et qu'il est bien entendu que ce sont les gouvernements, pas le malade, qui régleront la facture. Quand ils voyagent à l'étranger, les Canadiens devraient raisonnablement pouvoir s'attendre à ce que leur régime provincial leur rembourse les soins hospitaliers et médicaux d'urgence, au moins au taux prévu pour des services comparables dans la province où ils habitent. Évidemment, il est raisonnable aussi que les régimes provinciaux exigent que les résidents obtiennent l'autorisation préalable avant d'obtenir des soins facultatifs hors province.

Depuis 1972, un accord existe entre les provinces et le Gouvernement du Canada relativement à la transférabilité des avantages de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-soins médicaux. De meilleures modalités visant le règlement des demandes de remboursement pour les services dispensés aux malades hospitalisés et pour les services de consultation externe sont entrées en vigueur en 1981 et en 1983. Les pourparlers au sujet de la transférabilité des services des médecins se poursuivent.

L'accroissement des frais directs au titre des services hospitaliers et médicaux dans certaines provinces vient ajouter à la difficulté de rendre les avantages de l'assurance-santé entièrement transférables. Personne n'arrive aisément à définir les soins garantis par l'assurance-santé, ni combien on doit s'attendre à payer de sa poche. Cela dépend de plus en plus maintenant de l'endroit où l'on vit au Canada. Le résident du Manitoba qui est hospitalisé en Alberta devra-t-il

débourser 20 $ par jour? Est-ce le régime du Manitoba qui le remboursera?

La transférabilité est un principe fondamental qui a toujours été au cœur des préoccupations du gouvernement fédéral en matière d'assurance-santé. Les Canadiens devraient être traités comme des citoyens à part entière où qu'ils aillent au pays. Le Gouvernement du Canada ne pourrait pas accepter une situation où les résidents d'une province devraient se procurer une assurance «supplémentaire» quand ils se rendent dans une autre province.

Que peut faire le Gouvernement du Canada pour sauvegarder l'assurance-santé?

Le gouvernement fédéral peut sauvegarder l'assurance-santé au moyen de substantielles contributions financières aux provinces en imposant cependant des conditions générales pour garantir un accès raisonnable à une gamme précise de services de santé assurés à tous les résidents du Canada afin qu'ils puissent bénéficier de la protection de leur assurance-santé lorsqu'ils se trouvent provisoirement hors de leur province ou lorsqu'ils voyagent d'une province à une autre.

Contributions du Gouvernement du Canada

En 1977, les deux formules de partage des coûts selon lesquelles le gouvernement fédéral assumait, en moyenne, la moitié du coût des soins hospitaliers et médicaux au Canada, ont été remplacées par une formule de financement global où le montant des contributions augmente automatiquement selon le taux d'augmentation du produit national brut et le taux d'accroissement de la population plutôt que selon les dépenses provinciales.

Au cours des négociations, différentes additions ont été faites à la formule du financement global. Elles comprennent notamment une subvention substantielle versée pour les services complémentaires de santé, et un montant ajouté à la contribution globale pour compenser l'abolition du Programme de garantie des recettes.

Le Programme de garantie des recettes avait été mis en place en 1972, afin d'aider les provinces pendant la période de transition qui leur était nécessaire pour s'adapter aux mesures de réforme fiscale annoncées en 1971. Il prenait fin en 1977, mais le gouvernement fédéral a consenti à

prolonger la compensation à la demande des provinces. Cette compensation prolongée n'était pas liée aux coûts des soins et de l'enseignement postsecondaire, et les provinces elles-mêmes ont soutenu qu'elle ne devrait pas être comptée dans le calcul des contributions fédérales à ces programmes. Cette interprétation a aussi été retenue par le juge Emmett M. Hall dans son rapport de 1980. En vertu d'une modification à la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la compensation prévue pour la cessation du Programme de garantie des recettes prenait fin le 1er avril 1982.

Il n'y a pas eu de réduction de l'aide fédérale aux programmes de santé, ni de changement dans la position que le gouvernement fédéral avait adoptée à l'égard des principes de l'assurance-santé. En fait, c'est le contraire qui est vrai. Les paiements en espèces et la valeur des points d'impôt consentis aux provinces pour le financement des programmes de santé, par habitant, continuent d'augmenter selon la moyenne mobile (basée sur trois ans) de la croissance du produit national brut (PNB) (voir tableau 3).

En 1983, dans le cadre du programme de compression des dépenses, appelé programme des «6 et 5», les augmentations par habitant de la composante enseignement postsecondaire de la subvention globale ont été limitées à 6 p. cent en 1983-1984 et à 5 p. cent en 1984-1985. *La composante santé de la subvention globale n'a précisément pas été assujettie au programme de restriction.* C'est l'une des très rares exceptions au programme des «6 et 5», qui a été faite parce que le Gouvernement du Canada s'est engagé à sauvegarder les principes du régime national d'assurance-santé.

Comme nous l'avons vu, les dépenses de la santé ne mènent pas les provinces à la faillite. Ce n'est ni le seuil général de financement, ni le montant de la contribution fédérale qui sont à la racine du malaise qui existe actuellement dans le système d'assurance-santé.

Tableau 3

Contribution du gouvernement fédéral aux provinces au titre des soins de santé (à l'exclusion de la garantie des recettes)

Année	Contribution	Augmentation par rapport à l'année précédente
	en millions de dollars	
1977-1978	4 673	
1978-1979	5 345	672
1979-1980	6 094	749
1980-1981	6 814	720
1981-1982	7 631	817
1982-1983	8 512	881
1983-1984	9 354	842

Source — Ministère des Finances.

Législation fédérale sur la santé

À l'heure actuelle, le Gouvernement du Canada verse aux provinces et aux territoires une contribution de 9,3 milliards de dollars au titre des soins de santé assurés aux Canadiens. Le gouvernement provincial ou territorial doit satisfaire aux conditions suivantes pour être admis à sa part de contributions en espèces: protection universelle de la population, accès raisonnable aux services et libre des obstacles que représenteraient des frais supplémentaires ou d'autres facteurs, garantie d'une gamme complète de services assurés, transférabilité, et administration du régime provincial d'assurance-santé par un organisme public à but non lucratif.

Les deux lois qui définissent ces conditions datent, l'une de vingt-cinq ans, l'autre de dix-sept. À l'époque où elles ont été mises en vigueur, les intéressés saisissaient bien ce que les conditions signifiaient et comprenaient qu'il s'agissait d'une

évolution vers un régime d'assurance universelle des soins de santé. Or les conditions n'ont pas été assez précisées pour prévoir toutes les éventualités. L'accès raisonnable, par exemple, n'est défini que d'une manière générale et le libellé n'est pas assez précis pour qu'un seul montant de frais supplémentaires ou de frais modérateurs constitue clairement une infraction à la Loi sur les soins médicaux.

Une autre difficulté se situe dans les pénalités financières qui s'appliquent en vertu des deux lois si les gouvernements provinciaux n'observent pas les conditions établies par le Parlement pour le transfert des fonds. Aux termes des lois existantes, le Gouvernement du Canada doit retenir la totalité de l'avance mensuelle en espèces pour chaque mois où les conditions ne sont pas remplies dans le cas de l'un ou de l'autre des programmes.

Le total des contributions que le Gouvernement du Canada verse aux provinces pour les services de santé est très important. Une province qui refuserait constamment de satisfaire aux conditions et qui perdrait de ce fait sa contribution fédérale en espèces aurait probablement un effort considérable à fournir pour compenser la perte des contributions du gouvernement fédéral. Si la contribution totale était retenue, cela pourrait peut-être entraîner une interruption des services de santé dans la province. C'est la dernière chose que le Gouvernement du Canada voudrait pour les Canadiens. Cette solution pourrait créer une situation pire que le problème à régler.

Une mesure moins radicale, mais qui correspond quand même au caractère grave du refus de se plier aux conditions, serait pour le gouvernement fédéral de ne retenir qu'une partie de l'argent. Or, les lois qui régissent actuellement l'assurance-santé ne permettent pas cette amende partielle, même si avant 1977 la valeur monétaire des frais modérateurs était soustraite des dépenses provinciales avant le calcul de la contribution fédérale.

La première réaction à cette mesure, c'est qu'elle ne peut que nuire encore plus à l'appareil de soins! Quel avantage y a-t-il en effet à priver d'argent une province qui dit qu'elle doit exiger des frais directs pour payer les services de santé? Comme nous l'avons vu précédemment, les frais directs ne constituent qu'un pourcentage négligeable des dépenses engagées pour les services de santé assurés. Le fait de retenir des montants équivalents sur les paiements versés aux provinces n'entraînerait pas de réductions paralysantes. La réduction des paiements aurait néanmoins un effet dissuasif appréciable pour les provinces tentées d'autoriser ou d'imposer des frais directs.

Que veulent les Canadiens?

La population du Canada veut un régime de santé où l'accès aux services assurés est véritablement libre de toute contrainte financière. Même si la Constitution l'empêche d'établir lui-même des règlements à cet effet, c'est le devoir du Gouvernement du Canada de refuser de verser l'argent des contribuables pour soutenir les points des lois provinciales qui empêchent un accès raisonnable aux services de santé. Si les gouvernements provinciaux veulent autoriser la surfacturation ou instaurer ou augmenter les frais modérateurs, le gouvernement fédéral ne peut les en empêcher directement. Ce sont les autorités provinciales qui doivent, en définitive, rendre des comptes à cet égard à ceux qui les élisent. Seules les provinces ont l'autorité pour promulguer des lois visant à limiter ou à supprimer la surfacturation et les frais modérateurs. Mais le Gouvernement du Canada doit aussi rendre compte de la manière dont il dépense l'argent des contribuables et, selon lui, cet argent ne doit pas servir pour supporter les frais directs imposés aux malades. Le gouvernement ne cherche pas à exercer un plus grand contrôle sur le mode de prestation des services de santé. Ce qu'il veut, c'est simplement préserver les principes fondamentaux de l'assurance-santé.

Sommaire

L'imposition de plus en plus répandue de frais directs sous forme de frais modérateurs ou de surfacturation menace d'éroder l'assurance-santé. Les lois actuelles ne suffisent pas pour régler le problème parce qu'elles ne disent pas clairement aux provinces, aux travailleurs de la santé et au public que l'imposition de frais directs pour les services de santé ne sera pas tolérée. Il est temps d'adopter une loi sur la santé au Canada.

La nouvelle Loi sur la santé au Canada, qui sera présentée au Parlement à l'automne 1983, sera la prochaine étape d'un long cheminement pour garantir à tous les résidents du Canada l'accès aux services d'assurance-santé payés par anticipation. Pour bien des Canadiens, les dispositions de la nouvelle loi représenteront une consolidation en même temps qu'une amélioration des mécanismes déjà en place, plutôt qu'un changement marqué par rapport aux lois actuelles: dans plusieurs provinces, la population peut encore se prévaloir de tous les avantages de l'assurance-santé. Il reste que l'érosion du système est assez généralisée pour constituer un problème d'envergure nationale, et c'est pourquoi le Gouvernement du Canada doit passer à l'action s'il veut empêcher que s'étende encore la pratique des frais directs.

Nous ne pouvons pas préserver l'assurance-santé en faisant payer les malades, ni en encourageant les médecins à exercer en dehors des cadres des régimes, pas plus qu'en jugeant qui est pauvre et qui ne l'est pas. Nous pouvons préserver l'assurance-santé seulement si nous garantissons que les principes de base en sont respectés.